

## 自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念の元、利用者の思いに寄り添い、心穏やかに生活できるように支援していきたい。「理念」は全職員は共有している。玄関、ユニット、事務所に提示し、ホーム会議等での唱和で振り返っている。	開設時に全職員で話し合い作成した事業所独自の理念がある。いつでも確認できるように玄関・ホール・事務室に掲示しているほか、毎月のホーム会議時に唱和し、共有と意識付けを図っている。また、理念の実践状況についての振り返りも毎月のホーム会議時に行い、実践につなげている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	散歩、買い物等で地域住民との交流をしている。行事は、広報誌を回覧板で紹介している。	自治会に加入しており、回覧板に広報誌を入れてホームの様子など情報発信するとともに行事への参加を呼び掛けている。町内会が主催する老人会の行事や町内の草刈り行事等に積極的に参加し交流を深めている。また、日頃から散歩や買い物等で地域の方々と挨拶や会話を交わすことで顔馴染みとなり、下校途中の児童が立ち寄ってくれるなど、地域と馴染んできている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域会に参加して、「なかよし家」の広報誌や、認知症の方の理解や協力を得られるように発信している。また、地域包括支援センターと連携を取りながらおこなっていききたい。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2か月に1回開催している。利用者の状況、活動報告、職員の状況等の報告をしている。また、包括支援センターや町内会長から提案や情報を頂いている。	町内会長、民生委員、地域包括支援センター職員、地域の他のグループホームの職員等が参加し、定期的開催している。利用者と家族にも参加を呼び掛けている。ホームから各種活動状況を報告し、参加者からは地域の情報やアドバイスを頂き、意見交換を行っている。今後は委員の交流会を企画したり、災害時の対応等についても検討したいと考えている。	情報交換にとどまらず、事業所が抱える課題等についても話し合い、多様な意見を頂戴することで更に有意義な会議となることに期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	分からない事は連絡し相談している。	市の担当者とは不明点等があれば連絡を取り相談し、時には市役所へ出向いて相談している。また、市主催の研修会に参加したり、新潟市が高齢者の社会参加を目的として創設した「にいがた元気力アップ・サポーター制度」に事業所登録するなど、市との関係づくりに努めている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	不定期であるが身体拘束の勉強会をおこなっている。	不定期ではあるが年1回以上、会議の中で勉強会を実施しており、身体拘束について学んでいる。また、管理者は日々の業務の中で職員自身の気づきを高めるよう指導し、拘束しないケアの実践に取り組んでいる。帰宅願望が強く外出癖のある方には、玄関に家族の写真を置いて気を紛らわせたり、一緒に付近を歩くなど工夫して対応し、拘束しないケアに取り組んでいる。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
7	(5-2)	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	勉強会をおこない「高齢者との敬意」をはらい、言葉使いや対応に努めている。	身体拘束と一緒に会議の中で勉強会を実施しており、高齢者虐待防止関連法も含め虐待防止について学んでいる。管理者は介護職の大変さを判っており、職員の声に常に耳を傾け、様子に注意を払い、気持ちの理解を深めストレスの改善に努めている。	
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	現在必要がないのでおこなっていない。法人での勉強会が計画しているので、職員から参加してもらう。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	説明を行い、同意を得て署名捺印を頂いている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	利用者に耳を傾け要望を聞いている。また、家族には面会時に意見をきくようにしている。	利用者からは普段の関わりの中で要望等を聞くようになっている。特に午前と午後のお茶の時間には一緒にお茶を飲みながらじっくりと話を聴いている。家族からは、主に面会時に意見・要望を聞いている。把握した意見・要望等は検討のうえ運営に反映させるようにしている。職員の服装は私服だったが、「服装は生活感のあるものが良いのでは」との家族からの意見を受け、ポロシャツに統一した例がある。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	職員会議、リーダー、サブリーダー会議等で意見交換している。	一般職員のみで行う職員会議と管理者以下全職員が参加するホーム会議を毎月行ない、意見や提案を聞く機会を設けている。職員会議で出された意見等は議事録にまとめ、ホーム会議での検討材料とし、管理者を交えて意見交換し、運営に反映させている。また、普段から直接、意見や要望が言い易い雰囲気作りがなされている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	常時、職員の声に耳を傾けるように努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	一人ひとりのレベルを把握しながらおこなっている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	近隣のグループホームとのネットワーク作りで情報交換をしている。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	事前面談等で、本人、家族から意向等を聞かせて頂き、安心安全に生活できるように努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	事前面談時に時間を十分とり経緯、不安、要望等を家族の立場で聞かせていただき、安心できるサービス提供をおこなう事で信頼関係ができるように努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	本人、家族の思いを確認し、本人に適した支援ができるように努めている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人の「できる事」「できない事」を把握し役割をもって家族のように助け合う関係作りを心がけている。		
19	(7-2)	○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	利用者・家族とのコミュニケーションを円滑にとれるように努めている。	毎月、状況報告書と利用者の行事時や日々の様子の写真を載せた広報誌を家族へ渡し、利用者の様子を伝えている。また、クリスマス会などの行事を企画し、家族にも参加を呼び掛けている。入居前は町内で暮らしていた入居者も多く、家族が頻りに訪れてくれており、来所の際にはゆっくりと過ごしてもらえるよう配慮し、また、正月・お盆で自宅で一泊してきてもらったり日帰りで自宅へ行く支援も行い、一緒に楽しく過ごす時間を持つことで、関係が継続できるよう努めている。	
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	友人・知人の馴染みの方がいつでも面会に来やすい雰囲気をつくっている。馴染みの写真や置物を個人用のギャラリーに飾っている。	入居時に本人や家族から馴染みの人や場について情報収集し、センター方式の書式にまとめ、共有している。入居前から利用していた馴染みのスーパーで買い物したり馴染みの飲食店に連れて行く等、家族の協力も得ながら関係継続の支援に努めている。友人・知人が訪ねてくれた際にはこころよく受け入れ居室等でゆっくりとして頂くよう配慮しており、自宅の近所の方や友人等、多くの方が来訪している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	一人ひとりの性格を把握し、気の合う同士が交流できる場面作りができるように支援している。また、利用者同士がお互いに支え合う場面も支援している。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退去(契約終了後)家族から相談があった場合、対応している。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	日常会話の中で、意識して意向を引き出すように努めている。	日頃からコミュニケーションを密にとり、思いや意向を引き出すように心がけながら会話している。思い等の表出が困難な方はいまのところいらず、「何かしてほしいことはありませんか？」と聞けば答えてくれる。把握した思いや意向は介護記録・業務日誌・申し送りノートに記録し、職員間で共有している。それに加えて1か月の予定表にも記入して掲示し、より共有できるような工夫もやっている。	
24	(9-2)	○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	一人ひとりの生活歴を本人・家族とコミュニケーションを図りながら情報収集をおこなっている。	入居時に自宅を訪問して生活環境を確認するとともに、本人・家族から提供された情報や、職員がヒアリングした内容をセンター方式で記録し、生活歴や馴染みの暮らしを把握している。サービス利用の経過についても前のケアマネージャーから情報提供を受けたり、入院していた病院を訪問して聞き取りしている。入居後も日々のかかりの中や面会者からの情報取得に努め、把握した内容はシートに追記し、職員間で共有している。	
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	毎日の行動および心身の様子を見ながら、職員間で情報を共有しながらおこなっている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	モニタリングは短期目標の終了時、また、大きくケア内容が変化した時おこなっている。カンファレンスは3か月に1回おこない、現状に即した介護計画作成に努めている。	介護計画は本人・家族・計画作成担当者・居室担当者が参加してカンファレンス(サービス担当者会議)を開催し、それぞれの意見・要望等を反映しながら作成している。家族が参加できない場合は作成した計画を説明し、意向等があれば反映している。モニタリングは計画作成担当者が中心となりモニタリングシートを3か月毎に作成して計画を評価している。状態変化時はその都度計画を見直し、現状に即した計画を作成している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個別の介護支援経過を記録することで体調変化、ケアの様子が把握できる。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	センター方式の基本情報シートを活用し3か月に1回記入し、本人、家族の状況などを把握している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域住民に広報誌を回覧板に紹介していただいている。また、ブログに行事のお知らせをして参加していただいている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	希望するかかりつけ医に家族同行で受診している。また、かかりつけ医が往診している。	本人・家族が希望するかかりつけ医となっている。家族同行の受診を基本としているが、困難な場合は職員が代行するようにしている。家族同行の受診の際、必要場合は日常の健康状態等を報告する文書を用意し、医師に円滑に情報提供できるよう支援している。職員が同行して説明する場合もある。受診結果は口頭で報告を受け、受診記録にまとめて情報共有している。また、経営母体である生協と提携する診療所による定期的な往診や24時間対応等のサービスを、希望により受けることが出来る。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	かかりつけ医と相談しながら、適切な受診が受けられるように支援している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	必要に応じて、かかりつけ医や医療機関に受診できるようにしている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	「最後のステージを迎えるケア」を家族には話している。できる範囲の支援を考えている。	入居時に、重度化した場合や終末期の意向を本人・家族に確認し、事業所が対応し得る最大のケアについて医療面での限界も含めて説明したうえで話し合い、意向を尊重した支援につながるよう取り組んでいる。また、入居後も状態の変化に応じて話し合いを行い、早めに方針を決め共有し、本人・家族の安心に向けて取り組んでいる。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
34	(12-2)	○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	月1回の医師との勉強会や職員会議を行い対応等のマニュアルを見直しをおこなっている。	救命講習の講師資格を持つ職員が講師となり、AED操作や心肺蘇生等の救命救命訓練を実施している。また、往診に来てくれる医師の協力のもと、応急手当や初期対応、病状毎の対処方法などの勉強会を定期的実施しており、緊急時対応マニュアルの見直しも随時実施し、緊急時に備えている。	
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	避難訓練を2か月から3か月に1回おこなっている。	防災委員会が設置されており、委員会主導で2~3か月に1回、昼夜を想定した火災避難訓練を実施している。地域との協力体制については、地域住民や事業所の2階部分にある地域活動支援センター職員の避難訓練への参加を得ているほか、隣家に災害時の協力依頼がしてある。地震や水害への対応方法について職員に周知しているが、訓練は実施されていない。	地震や水害などの自然災害についても、地域のハザードマップ等も活用しながら具体的な避難誘導策を決めておき、いざという時に慌てず確実な避難誘導ができるように、職員と利用者が一緒に訓練を行うことが望まれる。
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	一人ひとりの「尊厳」に配慮するように職員がプライバシーを損ねないような声かけをおこなうように努めている。	尊厳の尊重・プライバシーの確保・言葉かけの方法などをテーマにした勉強会を実施し、職員は理解を深めている。大事な話は居室で1対1でじっくりと聞き、記録類の記入時は目に入らないよう配慮し、見守りしながら行っている。馴れ馴れしくならないよう気を付けながら、その人一人一人に合わせた対応を行なっている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	一人ひとりの希望に耳を傾け、外出したい時は可能な限り一緒に出掛けられるように支援している。また、事務所や居室で不満や心配事を聞く環境を作っている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	一人ひとりの生活リズムを大切にしながら、できる事の支援をしている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	本人が着たい洋服を一緒に準備し、きていただいている。また、外出する時は、外出用の洋服をきていただいている。(準備できない方は職員の方でおこなっている。)		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	「美味しい」「盛り付け」等を大切にして提供している。また、利用者様から「味付け」「味見」をしていただいている。	栄養バランス等に配慮して業者が作成した献立をベースに、献立委員会が入居者の希望や事業所の畑で採れた旬の野菜などを取り入れながらアレンジし、美味しい食事を提供している。入居者は調理・味見・準備や後片付けなど出来ることを職員と共に行っている。また、「おいなりさん」「ちらし寿司」「弁当」など入居者の食べたいものを提供したり、外食も年に2~3回実施し、入居者に喜ばれている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	体重測定、食事量、水分量を確認し、水分量が少ない利用者様に対して好きな飲み物等の工夫をしながら支援している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	自立している利用者様には声かけをしている。自立していない利用者様は、職員の方で誘導しながらおこなっている。		
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄チェック表を確認してトイレ誘導の声かけを行なっている。	ほとんどの方が自分でトイレに行けるが、排泄チェック表を活用して排泄パターンを把握し、仕草にも注意を払いながら失敗が起こらないよう支援している。また、頻尿の方にはチェック表を活用して医療とも結びつけ、尿取りパッドを減らすことを目標に取り組んでいる。パッド類については安易に使用せず、家族とも相談のうえ使用根拠を検討した上で使用するようになっている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	ヨーグルトや牛乳を提供し、レクリエーションに足踏み運動などを取り入れている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴したいと希望されれば、希望に添って入浴していただく。季節に合わせた入浴剤を入れる。	入浴日を決め週2回の入浴を基本としているが、希望があれば柔軟に対応している。時間は希望に添っているが、健康状態を考え高血圧症の方には午前中短時間の入浴にするなど適切な支援を行なっている。その他の入浴に関する希望も伺い、同性介助や入浴剤の種類なども希望に添った支援を行なっている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	眠りたい、疲れたなどと言われた際に居室誘導し休んでいただく。また、室温を適温になるように調整する。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	お薬カードを確認して、医師の指示通りに服薬していただく。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	一人ひとりのできる事(おしぼり巻、植木の手入れ)をしていただいている。気分転換で「なじみの床屋」に出かけている。得意分野を見つけレクリエーション、行事計画をしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるよう支援している	散歩や地域のスーパーに出かけたり、町内の催しに参加している。	天気が良ければ近隣を散歩したり、庭の花や畑への水やり、玄関前にテーブルを出してお茶を飲む等、少しでも建物外に出て日に当たったり外の空気に触れられる機会が持てるよう、取り組んでいる。また、個人的な買い物や催事参加等、利用者の希望に添うよう支援している。花見など普段行けないような場所にもジャンボタクシーを手配して月2回くらいは外出し、その他にも家族の協力を得ながら外出機会が増えるよう支援している。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	利用者1名は所持金をもって入居している。必要な時はおこずかいの中から購入したり、家族と一緒に買い物に出かけて購入している。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	希望があれば電話をかけていただいている。また、手紙等のやりとりができるように支援している。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	季節の行事をおこなったり、季節の花を飾ったり、季節の置物を飾り季節を感じていただいている。また、居間、居室の温度、湿度調節を行い居心地の良い生活ができるよう支援している。	リビング・ダイニングは広くてゆったりとしており、天窓が3か所取り付けられ採光と開放感が確保されている。季節の花や季節感のある利用者作品等を掲示し、落ち着いた過ごせる雰囲気づくりをしている。各居室の前には利用者毎の棚(ギャラリー)が用意されており、各自の思い出の品物や写真が展示され、表札の役割も果たしている。置コーナーや廊下には腰掛けも用意されており、利用者は思い思いの場所で居心地よさそうに過ごしている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	居間、和室、居室で過ごしていただいている。時々トラブルが発生することがあるが、その都度職員が気をつけて誘導している。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	馴染みの家具や置物、鉢植え、机、囲碁等を持ち込んでいただいている。	家族の協力を得て今まで使用していた家具や品物が持ち込まれており、使い慣れた物の中で落ち着いて過ごせる環境づくりがなされている。ペット・家具類の配置場所にも配慮し、一人ひとりの好みや生活スタイルに合わせた、その人らしく居心地の良い居室作りをしている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	トイレの場所がわかるように目印をつけたり事前に食器拭きをして頂く段取りをおこなひ、混乱しないような声かけをしている。		



V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当する項目に○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				